ÜBER

CHOREA MAJOR.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT ZU WÜRZBURG

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

DER

MEDICIN

VORGELEGT VON

P. JASINSKI

WÜRZBURG.

1884.

J. M. RICHTER'S BUCHDRUCKEREI.

Referent:

Herr Geheimrath Prof. Dr. Gerhard.

Ehe ich meinem Thema näher trete, erlaube ich mir an dieser Stelle meinem verehrten Lehrer, Herrn Geheim-Rath Prof. Dr. Gerhardt, Vorstand der medicinischen Klinik an der Universität Würzburg, für seine mir bereitwillig und freundlichst ertheilte Unterstützung und Anregung bei Abfassung dieser Arbeit meinen aufrichtigen und tiefgefühlten Dank abzustatten.

Von den vielen Krankheiten, die ihrem inneren anatomischen Wesen nach zur Zeit noch unerklärt sind, haben von jeher die Neurosen das Interesse der Aerzte besonders in Anspruch genommen.

Man nennt Neurose im allgemeinen pathologischen Sinne die Störung eines Körpertheiles in Folge primärer Störung im Gebiete derjenigen Nerven, welche denselben zu versorgen haben. Im speciellen Sinne bezeichnet man mit Neurosen die funktionellen Störungen im Gebiete entweder der peripheren Nerven oder die Gruppe klinischer Symptomen-Complexe im Gebiete des gesammten Nervensystems auf unbekannter pathologisch-anatomischer Grundlage.

Bei keiner zu dieser Krankheitsgruppe zählenden Affektionen, also bei Tetanus, Tetanie, Paralysis agitans, Tremor, Epilepsie, Hysterie, Chorea, hat man unzweideutige anatomische Veränderungen im Gehirn, Rückenmark oder irgendwo im Gebiet des Nervensystems entdeckt und wenn man u. a. gesagt hat, dass zum Beispiel der Chorea choreaartige molekulare Veränderungen gewisser Nervenabschnitte zu Grunde liegen sollen, so hat man damit keine Erklärung gegeben, sondern nur die Fragstellung weiterhin präcisirt.

Chorea major und minor sind zwei wesentlich von einander getrennte Krankheiten, obschon lange Zeit hindurch auch von bedeutenden Autoren beide als identisch und nur als graduell verschieden betrachtet wurden.

Veitstanz, Chorea St. Viti, Chorea anglorum, Ballismus, Muskelunruhe, Scelotyrbe, Epilepsia saltatoria und so weiter

sind gleichbedeutende Bezeichnungen für Chorea minor, jener bekannten und nicht seltenen Krankheit, vorzugsweise des kindlichen Lebensalters, die man als ataktische Neurose mit Irradation von Bewegungsimpulsen bezeichnen kann.

Es treten bei derselben gewisse physiologische Hemmungsapparate ausser Thätigkeit und dieser Fortfall von Hemmungscentren, die öfters ihren Sitz im Gehirn und zwar im Gebiete des Thalamus opticus und corpus striatum zu haben scheinen, äussert sich durch das Zustandekommen krankhafter nicht beabsichtigter Mitbewegungen der willkürlichen Muskulatur bei intendirten Bewegungen derselben.

Es ist nothwendig, dieses und noch einiges mehr über den kleinen Veitstanz vorauszuschicken, um die Unterschiede zwischen ihm und dem grossen Veitstanz besser hervorheben zu können.

Der Name Veitstanz ist unberechtigtermassen von einer historisch beglaubigten epidemischen Psychose des Mittelalters auf eine Krankheit übertragen worden, die einzig das Symptom des unruhvollen Bewegungsdranges mit jener Psychose gemeinsam hat, im übrigen etwas von letzterer total verschiedenes ist. Es ist nicht daran zu zweifeln, dass im 13. und 14. Jahrhundert sowol in Deutschland als in Italien und anderen Ländern Psychosen „ansteckenden“ Charakters geherrscht haben. Dieselben äusserten sich dadurch, dass grosse Volkshaufen von einer unsinnigen Tanzwuth ergriffen wurden, in der sie die wunderlichen Sprünge und Gestikulationen vollführten, die wiederum anreizend auf die Bewohner von Orten wirkten, welche die Tanzenden wallfahrend durchzogen.

Jene sonderbaren Epidemien haben nachweislich geherrscht und können nicht in das Reich der Fabel

verwiesen werden. Sie waren jedenfalls ein Ausdruck der allgemeinen Nervosität, die in Folge Jahrzehnte langer Kriegsgräuel und herrschender Seuchen, Pest, Hungersnoth, entstanden zu denken ist und bei der es nur eines geringen Anstosses bedurfte um in der beschriebenen wunderlichen Weise sich gleichsam auszutoben. Etwas analoges ist der in Italien zwischen Mitte und Ende des 14. Jahrhunderts herrschende Tarantismus.

Ueber die Entstehung des Namens „Veitstanz" sind die Meinungen getheilt und kann am besten dem Urtheil der Philologen und Historiker anheim gestellt werden.

Auf alle Fälle muss daran festgehalten werden, dass weder Chorea major und minor identische Krankheiten, noch beide dem obenerwähnten mittelalterlichen Veitstanz gleich zu achten sind. Ueber Chorea minor soll bereits Hippokrates geschrieben haben, doch scheint die von ihm Skelotyrbe genannte Krankheit nicht Chorea, sondern eine unvollständige Paralyse der unteren Extremitäten gewesen zu sein. Auch Plinius und Galen haben über Nervenaffektionen berichtet, doch ist die Skelotyrbe des letzteren offenbar unserer heutigen Tabes ähnlicher als Chorea. Plater im Jahre 1656 und Horst im Jahre 1660 sind die ersten, die über eine mit Convulsionen einhergehende Neurose, welche Chorea minor gewesen zu sein scheint, berichten. Demnächst gibt Sydenham im Jahre 1769 ein ziemlich vollständiges Bild der Chorea minor, deshalb auch Chorea anglorum genannt, weil nach ihm noch fünf bedeutende englische Autoren, Cheyne, Whytt, Cullen, Mead und Fothergill, den Veitstanz im allgemeinen und seine Therapie beschrieben.

Von deutschen Aerzten hat Paracelsus im Jahre 1616 in seinem „7. Buch in der Artznei" verschiedene Psychosen und Neurosen, darunter auch über Chorea,

abgehandelt, von welcher er 3 Arten, die Chorea imaginativa, Chorea lasciva und die Chorea naturalis unterschied. In Schottland herrschte im 17. und 18. Jahrhundert das Leaping fever, aus dessen Beschreibung man annehmen darf, dass er der grosse Veitstanz ist. Damals wurde diese Krankheit gelegentlich mit dem Flammentod bestraft, weil man sie für Ausfluss von Zauberei hielt.

Wichmann im Jahre 1800 theilt die Chorea in die Chorea magna, wenn sie den ganzen Körper und in die Chorea minor, wenn sie nur Theile des Körpers ergreift. Nach ihm ist der grosse Veitstanz ein Gemisch von convulsivischen und spastischen Bewegungen verschiedenster Art (mit Ausschliessung der epileptischen), wobei die Kranken sich zuweilen in einem exstatischen Zustande befinden. Noch in neuer Zeit halten einige Autoren daran fest, dass Chorea major keine Krankheit sui generis sei, sondern entweder ausgeartete Hysterie, Ausdruck von Gehirnkrankheiten oder nur Simulation und erklären sie als asociirte Krampfbewegungen, die oft scheinbar zweckmässig, dennoch den Charakter des gewaltsamen und absurden an sich tragen. Trotz dieser Auffassung muss man an der Existenz dieser Neurose als Krankheit für sich festhalten und immer wieder versuchen, das Bild derselben zu vervollständigen; ist das auch zur Zeit noch nicht möglich, so will doch vorliegende kleine Arbeit einen Beitrag zur späteren Lösung dieser Aufgabe liefern.

Chorea major wird entsprechend unserem heutigen Wissen wohl am besten als motorisch-psychische Neurose aufgefasst, die vom sympathischen Nervensystem ausgehend, sich verschieden äussert, je nachdem die motorishen oder psychischen Centren des Gehirns ergriffen sind. Für die Annahme, dass das Gehirn und nicht das Rückenmark als Ausgangspunkt anzusehen ist, spricht die niemals

fehlende Alteration der psychischen Funktionen. Was den Verlauf der Chorea major betrifft, so kommen zunächst Prodome nicht immer vor. Wenn sie vorhanden sind, so bestehen sie in einer Art Aura, wie bei Epilepsie, oder in psychischer Erregtheit. So fühlte ein Kranker vor jedem Anfalle einen Hauch, der an den unteren Extremitäten begann, dann nach oben wanderte und bis zu gewisser Höhe gelangt, plötzlich den Anfall auslöste. Oft treten die Anfälle ohne Vorboten auf und zeigen sich alsdann in Bezug auf Dauer und übrigen Charakter sehr verschieden. Die Kranken werden von klonischen und tonischen Krämpfen befallen, die mitunter in tetanische Convulsionen übergehen. Sie vollführen scheinbar mit Absicht die sonderbarsten Bewegungen, drehen sich im Kreise herum, tanzen, wälzen sich am Boden, klettern in gewagtester Weise, raufen das Haar, schlagen ihren Körper und so weiter. Unterarten der Chorea, wie Chorea rotatoria, saltatoria und so weiter aufzustellen, hat keinen wissenschaftlichen Werth, da dieselben keine Beständigkeit in ihrem Auftreten haben, wenn auch einzelne Kranke eine Neigung für gewisse Bewegungen zeigen, um dieselben während der Paroxysmen vorzugsweise auszuführen.

Die psychischen Symptome äussern sich ebenso verschieden. Die Kranken beginnen oft zu singen, zu deklamiren, sprechen in fremden Sprachen und sind meist in einer gehobenen Stimmung, oder in einer Stimmung, die ihrem sonstigen Charakter fremd sind. Die Paroxysmen zeigen oft Aehnlichkeit mit somnambulischen Zuständen und sind deshalb für solche gehalten worden. Ueber die Unterschiede zwischen Chorea major einerseits und den epileptischen wie hysterischen Dämmerzuständen sowie den pathologischen Schlafzuständen anderseits soll weiter unten einiges gesagt werden. Ein einheitliches Bild der Symptome während der Paroxysmen zu geben ist schwer,

da die Erscheinungen zu mannichfaltig sind; sie stellen „coordinirte Krampfbewegungen dar, so mannichfach, wie es die Combinationen der motorischen Fasern im Centralapparat zur Bewegung der Muskelgruppen gestatten und es wiederholen sich in diesen Krämpfen alle Bewegungsformen, die durch Willensimpulse anzuregen möglich sind.“

Die Dauer der Paroxysmen beträgt von Minnten bis zu mehreren Stunden und Tagen. Die Intervalle sind ebenso ungleich und betragen oft nur Stunden, bald auch Tage und Wochen und halten keine regelmässigen Perioden ein. Während der freien Zeit kann das Befinden der Kranken völlig normal sein, mitunter zeigen sich dieselben mehr oder weniger nervös erregt. Hauttemperatur und Puls steigern sich gewöhnlich während der Anfälle, um nach denselben wieder zu fallen; die Anfälle selbst enden gewöhnlich damit, dass die Kranken mehrmals tief Athem holen, gähnen oder schluchzen, die Umgebung verwundert mustern, worauf sie in tiefen Schlaf verfallen, der als Krisis gedeutet werden kann. Wie die Krankheit scheinbar ohne jede Ursache plötzlich auftreten kann, kann sie auch ebenso plötzlich erlöschen, ohne wiederzukehren.

Sucht man die Kranken während der Paroxysmen zu binden und zu hemmen, so fühlen sie sich beängstigt; doch behaupten ältere Aerzte, einen merkwürdigen Einfluss des Magneten auf Beendigung der Anfälle bemerkt zu haben; Berührung mit demselben soll in einigen Fällen die Krämpfe schnell gelöst haben.

Die Urin- und Darmsekretion geht meist während der Krankheit ungestört von statten, kann aber auch gestört sein, so dass Urin und Faeces unwillkürlich gelassen werden. Meist ist aber die Thätigkeit der glatten Muskulatur normal. In Bezug auf Aetiologie wäre zu bemerken, dass eine sogenannte neurasthenische Anlage

bei den meisten dieser Kranken vorhanden zu sein scheint und viele der prädisponirenden Momente sowie Gelegenheitsursachen, wie sie für Chorea minor bekannt sind, können auch in Beziehung zur Chorea major gebracht werden. Vorzugsweise werden vom grossen Veitstanz Individuen zwischen dem 10. und 16. Lebensjahre befallen, also die Epoche der Geschlechtsentwicklung; das weibliche Geschlecht häufiger als das männliche. Gewöhnlich lässt sich nachweisen, dass die Eltern der Patienten an irgend welcher nervösen Affection gelitten haben, wozu dann als Gelegenheitsursachen verkehrte Erziehung, schlechtes Beispiel nervöser Mütter, überspannte Lectüre und Umgebung und so weiter kommen. Oft geben heftige Leidenschaften, Schreck und Angst den Anlass zum Ausbruch der Krankheit. Nachahmung kommt bei Chorea major öfter als bei Chorea minor zur Beobachtung.

Eine wichtige Rolle spielt in Bezug auf Aetiologie des grossen Veitstanzes die hysterische Grundlage, auf welcher bekanntlich auch viele andere Neurosen entstehen können. Es darf trotzdem die Chorea major nicht als ausgeartete oder als Hysterie selbst angesehen werden, obgleich unleugbare Aehnlichkeiten zwischen beiden bestehen. So findet man, dass Hysterie und Chorea major selten das jugendliche Lebensalter befallen, dass bei beiden die Anfälle in Intervallen auftreten, während Chorea minor meist continuirlich andauert; dass ferner das Bewusstsein bei Hysterie und Chorea major nicht zu schwinden braucht, während der Paroxysmen und die Störungen der Sensibilität, der Motilität der psychischen Functionen bei beiden in ähnlicher Weise auftreten können. Unterscheidende Merkmale dagegen sind, dass bei Chorea major die exessiven Bewegungen des Körpers niemals fehlen, während Hysterie ohne dieselben diagnosticirt werden darf und bei letzterer die auftretenden Krampfbewegungen niemals

den gewaltsamen Charakter annehmen. Dass Hysterie ausnahmsweise das weibliche Geschlecht befalle, wird in neuester Zeit als unrichtig angesehen und dafür gehalten, dass Hysterie auch bei Männern vorkommt und somit nicht der weibliche Genitalapparat ausschliesslicher Ausgangspunkt dieser Affection sein kann und dass nicht wie bisher Hypochondrie bei Männern als Analogon der Hysterie anzusehen sei, da vielmehr umgekehrt Hypochondrie auch bei Frauen vorkommt, dann aber nicht mit Hysterie identificirt werden darf. Trotzdem kann als Unterscheidungsmerkmal zwischen Hysterie und Chorea major gelten, dass das weibliche Geschlecht ganz vorzugsweise an ersterer erkrankt.

Vor allem ist die Trennung nach der Wirkung der Therapie zu machen. So schwierig die vielgestaltige Hysterie therapeutisch zu behandeln ist und so oft sie allen Eingriffen, materiellen wie psychischen trotzt und mitunter das ganze Leben hindurch andauert, so verhältnisssmässig heute ist die Chorea major erfolgreich zu behandeln und kann in diagnostisch schwierigen Fällen wenigstens die Diagnose ex juvantibus gestellt werden. Von Chorea minor unterscheiden die Chorea major folgende Punkte:

Der grosse Veitstanz tritt in Paroxysmen auf, die sowohl bei Tag als bei Nacht erscheinen können, — Chorea minor hört im Schlafe auf und die Muskelunruhe dauert continuirlich an; letztere zeigt dabei ein Stadium des Anschwellens der Akme und des Abschwellens.

Das Bewusstsein ist bei Chorea major oft getrübt während der Anfälle, bei Chorea minor niemals.

Die Erscheinungen sind sämmtlich heftiger bei Chorea major und Beginn wie Ende der Krankheit kann plötzlich sein; während Chorea minor stets allmählig beginnt und allmählig erlischt; wie bereits erwähnt wurde.

Der zwischen Chorea minor und Muskelrheumatismus resp. Gelenkrheumatismus nachgewiesene aetiologische Zusammenhang, so dass erstere häufig dem Rheumatismus folgt, ist für letzteren und Chorea major nicht erwiesen.

Mit Epilepsie kann Chorea major wohl kaum verwechselt werden, wogegen eine Verwechslung mit somnambulischen Zuständen nicht unmöglich ist.

Bei Somnambulismus handelt es sich um einen Zustand tiefen Schlafes mit theilweise erhaltenem Bewusstsein; doch sind gewöhnlich die Handlungen nachtwandelnder Individuen einfache und durch Gewohnheit eingeübte, tragen den Charakter der automatenhaften an sich, nicht der gewaltsamen der choreatischen Paroxysmen nnd das Erwecken gelingt leicht durch blosse Namensnennung oder durch etwas stärkere Reize (Anspritzen mit kaltem Wasser u. s. w.), einen Anfall von grossem Veitstanz kann man durch nichts abbrechen, wenigstens nicht durch so einfache Gegenreize.

Noch sei hier des bei Chorea major oft vorkommenden Tympanites erwähnt, der frühere Aerzte zu der Annahme leitete, Chorea major als ein Unterleibsleiden zu erklären; er kann jedoch für die Differential-Diagnose gelegentlich verwerthet werden. Die Prognose ist bei Chorea major im Allgemeinen gut zu nennen. Da sie einen gewissen Zusammenhang mit der Zeit der Pubertät hat, so wirkt auch oft das Ueberstehen letzterer günstig auf Heilung dieser Neurose.

Nachtheilige Folgen auf die Geistesthätigkeit der Kranken sind beobachtet worden und doch liegt wohl mitunter der Chorea major eine Anlage zu Gehirnkrankheiten zu Grunde und complicirt dieselbe, als dass sie als Ursache der Hirnstörung zu betrachten wäre.

Die länger dauernde und den Organismus mehr erschöpfende Chorea minor darf dagegen öfter als Ursache für spätere Verminderung der geistigen Thätigkeit angesehen werden.

Ist die Chorea major als Ausfluss von Nachahmungstrieb entstanden, so hinterlässt sie nach Beseitigung der Ursache und dadurch bewirkter Heilung keine nachtheiligen Folgen. Recidive kommen vor und muss bei der Behandlung darauf Rücksicht genommen werden; dieselben können lange Zeit ausbleiben und treten dann häufig nicht mit der früheren Intensität auf. Bei Beurtheilung der Krankheit hat man übrigens immer mit grosser Vorsicht und mit Misstrauen zu Werke zu gehen, um nicht durch Simulation getäuscht zu werden. Die Behandlung richtet sich darnach, ob aetiologische Anhaltspunkte vorhanden sind oder nicht. Bei durch Nachahmung entstandener Chorea major isolirt man sogleich die Kranken und vermeidet die Erwähnung der Krankheit und der kranken Personen. Alle sonstigen Gelegenheitsursachen sind möglichst zu entfernen. Die Patienten müssen unter Umständen dem Einfluss schlechter Beispiele, verkehrter Erziehung, unpassender Lektüre, der Einsamkeit entzogen werden. Kurz die Behandlung muss oft mehr psychischer als medicamentöser Natur sein.

Existirt vermuthlich ein Zusammenhang mit gestörter Geschlechtsentwicklung, so ist Eisen allein oder in Verbindung mit Zink ein gut wirkendes Mittel.

Ferner sind die bei der Chorea minor versuchten Medikamente auch hier zu versuchen. Man gibt deshalb entweder Bromkalium oder Chloralhydrat und kann als Hypnotikum das bei Chorea minor empfohlene Extr. cannabis indic anwenden. Opiate wirken bei Chorea minor nur in grösseren Dosen und werden nicht gern ange-

wendet; sie sollen bei Chorea major auch nur mit Vorsicht angewendet werden. Ein Hauptgewicht ist auf die diätetische Behandlung zu legen. Die Kranken müssen gradatim abgehärtet werden; bei vorheriger angestrengter geistiger Beschäftigung muss diese ganz ausgesetzt und dafür die Patienten zu mässiger körperlicher Arbeit angehalten werden, die sie nicht übermüdet.

Die Anwendung der Electricität in Form des constanten Stromes ist wie bei vielen Neurosen, auch bei Chorea major empfohlen worden. Sie wirkt jedenfalls nur symptomatisch und hat auf die gewiss vorhandenen wenn auch nur geringen anatomischen Cerebralen (vielleicht auch spinalen) Veränderungen keinen Einfluss; ja sie kann in unrichtiger Weise angewendet, die bestehende Erregung vermehren und so geradezu schädlich wirken, wie überhaupt die Anwendung der Electricität bei Neurosen der Erfahrung gemäss eine beschränkte ist und zum Beispiel bei Tetanie in keiner Form und Art der Application irgend welchen Nutzen schafft, ja geradezu contraindicirt bei dieser Affection ist.

Nachstehend folgen die Krankengeschichten zweier Choreakranken, die in mehrfachem Sinne interessant sind. Sie betreffen zwei gleichartige Mädchen vom Land, die unter einander ähnlichen Verhältnissen und Symptomen von Chorea major befallen wurden.

Bei der ersten Patientin Therese Schäfer ist die neurasthenische Anlage nachzuweisen; die Mutter derselben soll an ähnlichen Affectionen gelitten haben und nervös erregt sein; die Chorea ist hier augenscheinlich auf anaemischen hysterischen Boden, durch Heredität, entstanden. Bei der anderen Patientin Katharina Schöppner dagegen fehlt es an anamnestischen Beweisen für ererbte nervöse Disposition und die hysterische Grundlage ist

weniger ausgesprochen; hier hat vor allem Imitation die Chorea erzeugt und unterhalten. Beide Kranke genesen nach kurzer Zeit bei verhältnissmässig einfacher Behandlung, und zwar ohne Anwendung der Electricität. Bemerkenswerth ist, dass bei beiden Mädchen das Bewusstsein während der Anfälle erhalten blieb und somit in diesen beiden Fällen wie in vielen anderen die Betheiligung der Psyche in den Hintergrund tritt.

Therese Schäfer aus Oberweissenbrunn, aufgenommen im Juliushospital zu Würzburg am 2. August 1884. Alter 12 Jahre, Bauerstochter. Der Vater der Patientin ist 48 Jahre alt und soll lungenleidend sein und seit längerer Zeit mit Athembeschwerden behaftet. Mutter ist 47 Jahre alt und will in ihrer Jugend eine ähnliche Krankheit, wie Patientin, durchgemacht haben; ausserdem ist sie jetzt noch leicht aufgeregt und reizbar.

Ein Bruder starb 7 Jahre alt an Scharlach mit nachfolgender Wassersucht. Eine Schwester starb 4 Jahre alt angeblich an Typhus; drei Geschwister sind gesund. Als Kind blass, schwächlich, litt Patientin häufig an Husten, Heiserkeit und hatte oft geschwollene Halsdrüsen, letzteres ist im letzten Jahre constant vorhanden gewesen.

Im Jahre 1883 bekam sie „rothe Flecken“ von 14tägiger Dauer. Im April 1884 hatte sie 3 Wochen lang Scharlach, dabei starke Halsbeschwerden.

Nach dieser Zeit ging Patientin einigemal aus. Alsbald schwoll ihr das Gesicht an, was sich besonders an den Augenlidern bemerkbar machte; sie musste abermals das Bett hüten und soll die nephritische Schwellung erst nach mehrwöchentlicher Behandlung verschwunden sein. Während dieser Zeit war Patientin geistig ziemlich in Anspruch genommen durch vermehrten Religionsunterricht, da sie zum ersten Mal zur Communion ging und die

hierzu übliche Belehrung mitmachen musste. Die von jeher mit einem schwachen Gedächtniss begabte Kranke wurde durch diese geistige Arbeit sehr in Anspruch genommen und vielfach aufgeregt. Am 8. Juni d. J. traten die ersten Anzeigen der jetzigen Erkrankung auf. Vormittags während des Gottesdienstes bekam Patientin Zittern am ganzen Körper, darnach Zucken in den Armen, später in den Beinen und schliesslich auch im Rumpfe.

Dieser Zustand dauerte während des ganzen Gottesdienstes ($^3/_4$ h) an; Patientin kam weinend nach Hause und klagte über Schmerzen auf der Brust. Am Abend desselben Tages trat ein ähnlicher Anfall auf von gleicher Dauer. In der folgenden Zeit kehrten die Anfälle täglich mit vermehrter Intensität wieder. Patientin schlug mit Händen und Füssen heftig um sich, verdrehte Gesicht und Augen, lief im Kreise umher, schrie, fiel häufig zu Boden, ohne sich jedoch zu verletzen; zerraufte sich das Haar, zerriss die Kleider, geberdete sich überhaupt wie wahnsinnig.

Die Zahl der Anfälle, anfangs 2—3 täglich, stieg in letzter Zeit auf 15—20 an jedem Tage und die Dauer der einzelnen Paroxysmen schwankte zwischen 5 und 15 Minuten.

Appetit nahm ab, die Kranke wurde magerer, sah sehr blass aus und wurde desshalb in das Hospital gebracht, zusammen mit einer Altersgenossin, die viel mit ihr verkehrte und schliesslich an demselben Leiden erkrankte.

Status praesens. Am Morgen des 2. August 1884 tritt die Kranke in das Spital ein, bekommt sofort einen Anfall Der Anfall beginnt mit Zuckungen in den oberen Extremitäten, die allmählich stärker werden. Patientin wirft mit den Armen um sich, schlägt sich ins Gesicht, zupft an den

Haaren und beginnt schliesslich sich im Kreise herum zu drehen, anfangs langsam, später immer schneller, wobei sie aufschreit und unverständliches Zeug vor sich her schwätzt; zuckt jedoch zusammen und wehrt ab, wenn man sie heftig kneift. Die Kreisbewegungen nehmen an Schnelligkeit wieder ab, desgleichen lassen die Zuckungen in den oberen Extremitäten nach; die Augen bleiben während des ganzen Anfalles scheinbar geschlossen und schliesslich legt sich die Patientin langgestreckt auf den Rücken, jedoch ganz langsam, ohne sich im geringsten zu verletzen. Der ganze Anfall dauerte ungefähr 5—8 Minuten. Nach dem Anfalle verlangte die Kranke heftig nach Wasser, ist sehr ermüdet, giebt jedoch an, während des Anfalles das Bewusstsein nicht verloren zu haben.

Die Kranke ist ihrem Alter entsprechend gross und kräftig gebaut, gut genährt. Gesichtsfarbe blass, Conjunctiva bulbi bläulich, desgl. die Lippenschleimhaut ziemlich anaemisch. Pupillen mittelweit, beiderseits gleich, reagiren gut; Augenbewegung intakt.

Von Seiten des Nervus facialis keine Störung; Zunge etwas belegt, wird gerade herausgestreckt. Rachenorgane etwas geschwellt. Lungen nichts besonders. Herzdämpfung beginnt oben an d. 4. R., reicht nach rechts bis zum linken Sternalrand, nach links bis zum Spitzenstoss. Letzterer befindet sich im 5. Intercostalraum rechts in der Parasternallinie, ist leicht verstärkt.

1 Ton der mitralis unrein, gespalten und von einem leichten blasenden Geräusch begleitet. 2 Pulmonalton verstärkt, übrige Herztöne rein, Leber und Milz nicht vergrössert. Lymphdrüsen in der Leistengegend etwas geschwollen. Prüfung der Sensibilität ergiebt völlig nor-

males Verhalten am ganzen Körper, desgleichen erscheint die Schmerzempfindung nur in geringem Grade herabgesetzt.

Patellarsehnenreflexe schwach.

Kitzeln der Fusssohle wird nur wenig empfunden. Elektrische Erregbarkeit normal. Puls frequent mittelvoll, regelmässig. Temperatur nicht erhöht. Appetit gut, Stuhlgang regelmässig. Verordnung: Tinct: ferri pomat. Morgens kalte Waschung, fleissige Beschäftigung im Haus. Patientin wird von ihrer Leidensgefährtin getrennt und es soll über ihren Zustand möglichst wenig gesprochen werden.

3. August. Im Laufe des vorherigen Tages 3 Anfälle, jedoch von geringer Dauer. Dieselben verlaufen wie die früher beschriebenen; während der Nacht trat kein Anfall ein und Patientin hat ziemlich gut geschlafen.

4. August. Gestern 5 Anfälle, die jedoch im Gegensatz zu den früheren darin bestehen, dass Patientin nur mit den Händen um sich schlägt und allerhand Verrenkungen des Körpers vornimmt; der Anfall dauert nur 2—3 Minuten, in Folge heftigen Anrufens von Seite der Wärterin oder einer der anderen Patienten. Das Mädchen ist im übrigen fleissig, willig, zwar etwas schwer von Begriffen, doch flink bei der Arbeit. Vegetative Funktionen normal.

15. August. In dieser Zeit kein Anfall mehr. Ab und zu Zuckungen in den Armen, besonders wenn man mit Patientin spricht oder wenn sie sich beobachtet glaubt; sie sucht dieselben jedoch durch körperliche Bewegung zu verscheuchen, was auch regelmässig gelingt.

Der Schlaf ist ruhig, regelmässig, nie von einem Anfall unterbrochen, körperliches Befinden gut.

24. August. Die Zuckungen, überhaupt jede unmotivirte Bewegung in Armen oder Fingern, haben sich vollständig verloren. Die Kranke zeigt in ihrer körperlichen Haltung ein völlig normales Verhalten, arbeitet fleissig und giebt zu keiner Klage Anlass. Aussehen gesund, körperliche Funktionen normal.

31. August. Patientin wird heute sammt ihrer Freundin (siehe Krankengeschichte von Katharina Schöppner) als geheilt entlassen. Die Affektion war als Chorea major zu bezeichnen und zwar weil während der Anfälle das Bewusstsein erhalten blieb, höchst wahrscheinlich auf hysterischer Basis entstanden.

Katharina Schöppner aus Oberweissenbrunn; aufgenommen im Juliushospital zu Würzburg am 2. August 1884.

Patientin ist 12 Jahre alt, Bauerstochter. Eltern noch am Leben, gesund; 2 Geschwister starben in frühester Kindheit, Ursache des Todes unbekannt, 3 Geschwister leben und sind gesund.

Patientin war von jeher gesund und kräftig, kam in der Schule gut fort, zeigte ziemlich viel Intelligenz. Sie bekam (wie vorherige Patientin) im Jahre 1883 „rothe Flecken" am Körper von 4 wöchentlicher Dauer. Im April 1884 machte sie Scharlach mit 4 wöchentlicher Dauer durch; darnach war sie völlig gesund, besuchte die Schule wieder und ging zur Arbeit aufs Feld.

Die jetzige Krankheit begann vor 5 Wochen an einem Sonntag.

Patientin hatte viel mit einer Freundin verkehrt, die schon längere Zeit an Veitstanzähnlichen Anfällen litt. Am oben erwähnten Tage bekam sie während des Gottesdienstes plötzlich Zucken in den oberen Extremi-

täten; sie begann mit den Armen um sich zu schlagen, den Körper auf alle mögliche Art zu verdrehen und zu verrenken. Dieser erste Anfall dauerte etwa $^1/_2$ Stunde und wiederholte sich am Abend desselben Tages nochmals.

Diese Paroxysmen nahmen im Laufe der Zeit sowohl an Frequenz wie an Intensität zu. Ausser den unmotivirten Bewegungen mit Armen und Beinen fing Patientin an zu tanzen, zu schreien, zu singen, schlug mit den Händen an den Kopf, zerzauste das Haar, verlor jedoch dabei niemals das Bewustsein und warf sich nicht zu Boden.

Derartige Anfälle traten anfangs zehnmal zuletzt zwanzigmal täglich auf, dauerten 5—15 Minuten und endeten damit, dass Patientin ziemlich erschöpft und ausser Athem sich niedersetzte und heftig nach Wasser verlangte.

Nachts wurde die Kranke nie von Anfällen heimgesucht. Appetit war gut, Verdauung regelmässig. Patientin wird heute Morgen mit ihrer an derselben Krankheit leidenden Schulkameradin in das Spital gebracht, wo sich zu gleicher Zeit bei beiden Mädchen ein Anfall einstellt. Status Präsens. Patientin ist ihrem Alter entsprechend entwickelt, sieht gut genährt und frisch aus, hat nicht unintelligente Züge.

Ihr Anfall gleicht in hohem Grade dem ihrer Freundin.

Sie führt ziemlich ganz die gleichen Bewegungen aus, dreht sich im Kreise, verrenkt die Arme, singt laut und richtig, wirft sich aber am Schluss nicht zu Boden, sondern sucht einen Stuhl auf und verlangt heftig nach Wasser. Kneifen des Armes während der Attaque wird gut empfunden und mit einer abwehrenden Bewegung erwidert.

Die genaue körperliche Untersuchung ergiebt an sämmtlichen Organen normales Verhalten. Sensibilität ist allenthalben gut vorhanden, doch scheint die Schmerzempfindlichkeit etwas herabgesetzt und wird Stechen mit der Nadel ohne besondere Schmerzempfindung ertragen. Puls mittelvoll, mässig frequet, regelmässig. Temperatur nicht erhöht.

Verdauung geregelt, Urin von normaler Farbe und Menge, ohne pathologische Bestandtheile.

Verordnung: Tinct: amara; kalte Waschungen. Die beiden Mädchen werden von einander getrennt und dürfen sich vor der Hand nicht sehen.

Patientin wird körperlich beschäftigt, bekommt Unterricht und es darf ihrer Krankheit keine Erwähnung gethan werden.

3. August. Gestern Abend und heute Morgen je ein Anfall, aber von viel geringerer Dauer und Intensität; es scheint fast, als ob sich die Patientin vor den übrigen im Zimmer liegenden Kranken geniere und dadurch einen eigentlichen Anfall unterdrücke; wenigstens bestand heute Morgen der Anfall nur aus einigen Zuckungen in den Armen und in Verrenkungen des Körpers, welche auf heftiges Anrufen seitens der Wärterin sofort nachliessen.

12. August. Bis heute keine Anfälle mehr. Patientin ist sehr fleissig, flink, geschickt, willig, zeigt jedoch beim Sprechen besonders eine gewisse Affectirtheit, hie und da stellen sich für ganz kurze Dauer Zuckungen in den Händen ein, welche Patientin dadurch rasch unterdrückt, dass sie einen Gegenstand erfasst oder mit vermehrter Anstrengung sich körperlich beschäftigt.

Geistige Begabung ist gut; Patientin fasst leicht und führt Aufträge rasch und pünktlich aus. Körperliches Befinden normal.

24. August. Vollständig normales Verhalten, die noch kurz vorher aufgetretenen Bewegungen haben sich verloren und ist in dem Benehmen des Kindes nichts krankhaftes mehr zu verzeichnen. Aeusserst fleissig, geschickt, willig. Vegetative Funktionen normal.

31. August. Patientin verlässt heute geheilt das Spital.

Auch dieser Fall konnte als nichts anderes denn als Chorea major auf hysterischem Boden in Folge Imitation entstanden diagnosticirt werden.